

Бортник Н.П.,
завідувач кафедри адміністративного та інформаційного права
Навчально-науковий інститут права та психології
Національного університету «Львівська політехніка»,
д.ю.н., професор
<https://orcid.org/0000-0003-1794-2793>

Янчак Я.О.,
здобувач Інституту права імені князя Володимира Великого
Міжрегіональної Академії управління персоналом
<https://orcid.org/0000-0001-8640-7458>

ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У КРАЇНАХ З РІЗНИМИ МОДЕЛЯМИ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

JEL Classification: K 19
SECTION "LAW": Право.

Анотація. Розглянуто фінансові аспекти реформування системи охорони здоров'я у зарубіжних країнах. Сформульовано пропозиції стосовно застосування при проведенні медичної реформи в Україні досвіду інших держав з підвищення ефективності використання бюджетних коштів на надання медичних послуг, диверсифікації джерел фінансування галузі та забезпечення доступності медичного обслуговування. Наголошено, що запозичення іноземного досвіду проведення медичної реформи має враховувати вітчизняну специфіку – рівень розвитку економіки, менталітет населення, традиції. Міжнародний досвід переконливо свідчить, що ефективна система, яка здатна використовувати наявні ресурси соціально відповідально, може забезпечити ефективне медичне обслуговування на засадах солідарності, справедливості та громадської співучасті, захистити населення від катастрофічних наслідків захворювань, гарантувати прозорість і відповідальність за вжиті або не вжиті заходи, оперативніше реагувати на потреби та очікування населення.

Ключові слова: медична реформа, досвід, фінансування, держава, медичні послуги, громадянин.

Annotation. In the twentieth century the link between health care, society and person was the most significant. Constitutional recognition of the right to health of every person has become an integral part of most legal systems. In modern conditions, the health care system in Ukraine is in a state of crisis, which is largely due to inadequate funding.

The financial aspects of reforming the health care system in foreign countries are considered. The suggestions concerning the use of medical reforms in Ukraine in the experience of other countries in the field of increasing the efficiency of using budget funds for provision of medical services, diversification of sources of financing of the industry and ensuring the availability of medical care are formulated. It is not claimed that the borrowing of foreign experience in conducting medical reform should take into account domestic specifics – the level of development of the economy, the mentality of the population, traditions. International experience convincingly suggests that an effective system that is able to use available resources in a socially responsible manner can provide effective medical care on the basis of solidarity, justice and civic participation, protect the population from the catastrophic consequences of diseases, guarantee transparency and accountability for taken or unused measures, more efficiently respond to the needs and expectations of the population.

The type of health care financing depends on the level of regulation and ensuring equal access of the population to the services received, their quality, sufficiency and affiliation. It is not appropriate to single out the single most progressive of the above, since in most cases, the designated countries apply the duality of the individual provisions of each of the available models in order to maximize the results in practice.

Keywords: medical reform, experience, financing, state, medical services, citizen.

Вступ

У XX ст. найбільшою мірою виявився зв'язок між охороною здоров'я, розвитком суспільства й особи. Конституційне визнання права на здоров'я кожної людини стало невід'ємною рисою більшості правових систем. Адже сьогодні вважається, що правова складова державної відповідальності за здоров'я громадянина спирається не на економічні візії, а насамперед на природне право кожної людини на життя і здоров'я [1].

Оскільки здоров'я – це не лише індивідуальна цінність окремої людини, а й надбання суспільства й держави, питання правового забезпечення охорони здоров'я є досить актуальними та розглядаються в багатьох міжнародних документах, прийнятих Генеральною Асамблеєю ООН, ВООЗ, Всесвітньою медичною асоціацією, Всесвітньою асоціацією психіатрів, Радою Європи тощо. У Статуті ВООЗ проголошується, що уряди несуть відповідальність за здоров'я своїх народів і ця відповідальність вимагає прийняття відповідних заходів соціального характеру в галузі охорони здоров'я. В Україні сьогодні точаться жваві дискусії щодо переходу до того чи іншого виду фінансування [2, с. 123].

Серед науковців, роботи яких присвячені питанням правового забезпечення охорони здоров'я в зарубіжних країнах, варто виділити А. Загороднього, О. Длугопольського, М. Мних, Е. Ковжарова, Н. Новікова, С. Стеценко, В. Черненко, О. Щербенко, Н. Ярош та інших.

Мета статті полягає в оцінюванні досвіду інших держав щодо реформування системи охорони здоров'я в Україні. При цьому основна увага приділена вивченню заходів, спрямованих на підвищення ефективності використання бюджетних коштів на надання медичних послуг, диверсифікацію джерел фінансування галузі та забезпечення доступності медичного обслуговування для широких верств населення.

Результати дослідження

В сучасних умовах система охорони здоров'я в Україні перебуває у кризовому стані, що значною мірою спричинене недостатнім фінансуванням. Незважаючи на зростання видатків на охорону здоров'я з бюджетів усіх рівнів, вони не спроможні забезпечити покриття навіть її мінімальних функціональних потреб, а дефіцит фінансування становить до 1/3 від обсягу коштів, необхідного для виживання галузі [3, с. 218].

Внаслідок цього відбувається деградація матеріальної бази медичних закладів, зниження якісних характеристик продукуваних ними медичних послуг та, що головне – падіння доступності медичного обслуговування для населення. У 2011–2012 рр. майже п'ята частина населення України була позбавлена можливості отримати медичну допомогу через високу вартість чи відсутність спеціаліста відповідного профілю [4].

Попри декларовану безкоштовність медичних послуг, нині держава повністю переклала на громадян обов'язок щодо відшкодування вартості ліків та медичних процедур, а офіційні та неофіційні «благодійні» внески набули тотального поширення [5, с. 195]. Саме впровадження передового досвіду в управлінський процес сфери охорони здоров'я відіграє одну з ключових ролей щодо побудови якісної системи надання медичних послуг. Міжнародний досвід переконливо свідчить, що ефективна система, яка здатна використовувати наявні ресурси соціально відповідальним чином, може забезпечити ефективне медичне обслуговування на засадах солідарності, справедливості та громадської співучасті, захистити населення від катастрофічних наслідків захворювань, гарантувати прозорість і відповідальність за вжиті або не вжиті заходи, оперативніше реагувати на потреби та очікування населення. Для цього потрібно забезпечити тісніший зв'язок здоров'я населення з розвитком національної економіки та підвищенням добробуту громадян [6]. Тобто питання методів фінансування медичного обслуговування є ключовим під час оптимізації системи охорони здоров'я населення.

Відповідно до домінуючого методу фінансування систем охорони здоров'я виділяють:

1) *системи охорони здоров'я, фінансування яких засноване переважно на загальному оподаткуванні*. Використовуються у скандинавських країнах, Ірландії, Великій Британії та країнах Південної Європи (Греція, Іспанія, Італія, Португалія). У цих країнах загалом визнається роль державного сектору як основного джерела фінансування, що дає змогу забезпечувати загальний доступ населення до служб охорони здоров'я і справедливий географічний розподіл ресурсів. Сторону покупців представляють органи охорони громадського здоров'я;

2) *системи охорони здоров'я, основним джерелом фінансування яких є соціальне страхування*. У цих системах (наприклад, в Австрії, Бельгії, Німеччині, Люксембургу, Франції, Швейцарії) держава здійснює регулювання і суворий контроль за системами охорони здоров'я для заборони витрат (наприклад, через установлення максимальних рівнів страхових внесків) і забезпечення більшого ступеня рівності й солідарності. Роль покупця медичних послуг виконують страхові компанії;

3) *системи охорони здоров'я, засновані на соціальному страхуванні, основним джерелом фінансування яких є податок, що стягується із заробітної плати* (більшість країн Центральної та Східної Європи) [8].

Отже, залежно від моделі фінансування медичного обслуговування залежить рівень регулювання та забезпечення рівного доступу населення до отримуваних послуг, їх якість, достатність і належність. Виокремити єдину найпрогресивнішу з вищенаведених не доцільно, оскільки в більшості випадків країни застосовують дуалізм окремих положень кожної з наявних моделей, щоб на практиці досягти максимального результату.

Система фінансового забезпечення охорони здоров'я Великобританії є прикладом бюджетної моделі формування ресурсів галузі. Провідна роль у наданні населенню медичного обслуговування належить Національній системі охорони здоров'я (National Health Service, або NHS), на яку припадає 85% відповідних суспільних видатків (107 млрд. ф. ст. у 2010/2011 фінансовому році) або 9,2% ВВП. Решта витрат на

медицину покривається за рахунок інших джерел (безпосередньої оплати медичних послуг і страхування здоров'я). При цьому спостерігається заміщення прямої оплати послуг страхуванням, яке набуває все більшого поширення. На кінець XX ст. у системі приватного медичного страхування брали участь більше 6,8 млн. осіб, або 11% населення країни [8; 5, с. 196].

До 2013 року модель фінансування охорони здоров'я у Великобританії передбачала розподіл функцій замовника й постачальника медичних послуг. Відповідальність за реалізацію державної політики у галузі охорони здоров'я було покладено на стратегічні управління охорони здоров'я (Strategic Health Authorities). Безпосереднє замовлення послуг та розподіл бюджетних коштів на локальному рівні перебували у юрисдикції низових підрозділів NHS, які отримали назву «трасти». Провідною ідеєю британської моделі фінансування охорони здоров'я є забезпечення доступності медичних послуг і відповідальність держави за їхнє надання. Альтернативою державній системі охорони здоров'я є сфера недержавного медичного обслуговування. Однак в сучасних умовах для британської системи охорони здоров'я характерні дві основні тенденції [5, с. 196]:

1. Наростання фінансових проблем, зумовлених відставанням динаміки бюджетних видатків на медицину від темпів підвищення вартості медичних послуг. Незважаючи на те, що бюджет NHS у 2000–2005 рр. зріс на 43 млрд. ф. ст., його дефіцит у 2006 р., за різними оцінками, становив від 0,7 до 1,0 млрд. ф. ст. На думку експертів, лише для підтримання наявного рівня медичного обслуговування бюджет NHS до 2025 р. необхідно збільшити втричі [9], а без впровадження змін дефіцит коштів системи до 2021/2022 фінансового року може сягнути від 45 до 55 млрд. ф. ст. [10]. Дефіцит фінансових ресурсів обмежує можливості щодо впровадження новітніх лікувальних технологій, оновлення обладнання. Низький рівень оплати праці провокує відтік кваліфікованого персоналу, внаслідок чого NHS постійно змушена залучати фахівців з-за кордону. Додатковим чинником дестабілізації фінансового стану державної системи охорони здоров'я є зростання у британському суспільстві популярності недержавного медичного страхування, що супроводжується втратою NHS платоспроможних пацієнтів.

2. Зниження доступності медичного обслуговування. В умовах недостачі бюджетного фінансування й швидкого зростання вартості медичних послуг все більшого поширення набувають такі негативні явища, як вибіркове ставлення до пацієнтів при проведенні медичних обстежень чи оперативних втручань, виникнення черг на госпіталізацію чи надання послуг медичного характеру. Більше половини пацієнтів NHS змушені очікувати необхідної медичної допомоги понад 18 тижнів, а до 40% онкологічних хворих взагалі не мають змоги потрапити на прийом до спеціаліста.

Вказані недоліки не лише загрожують банкрутством NHS, а й ведуть до зниження впевненості суспільства у здатності забезпечити доступність та якість медичної допомоги для усіх громадян. Майже 90% британців вказують на необхідність реформування моделі охорони здоров'я, а 2/3 жителів визнають за необхідне посилити особисту відповідальність людини за покриття витрат на медичну допомогу задля підвищення якості медичних послуг [5, с. 197].

У 2010 р. уряд оголосив про проведення найбільшої в історії країни реформи NHS, яка мала забезпечити її децентралізацію. Під дію реформ підпадала лише частина системи NHS в Англії, оскільки її підрозділи в Уельсі та Шотландії перебувають у підпорядкуванні місцевих органів влади. Суть реформи полягає у передачі контролю над бюджетним фінансуванням системи охорони здоров'я (107 млрд. ф. ст. щорічно) безпосередньо лікарям.

Ключове завдання реформи NHS полягає у зниженні адміністративних витрат системи і спрямуванні коштів безпосередньо на лікувальний процес. Для цього програмою реформи передбачено скоротити від 16 тис. до 26 тис. посад в системі управління охороною здоров'я, а також звільнити близько 10 тис. осіб медичного персоналу. Завдяки цим заходам уряд прогнозує отримати економію фінансування охорони здоров'я в обсязі до 15–20 млрд. ф. ст. щорічно.

Поряд зі стримуванням росту бюджетного фінансування системи охорони здоров'я, реформа NHS спрямована на впровадження ринкових механізмів у її діяльність, а також розширення ролі приватного сектору в наданні медичних послуг. З цією метою в ході доопрацювання програми реформи було знято обмеження щодо можливості участі приватних лікувальних закладів у тендерах, організованих лікарями загальної практики; передбачено можливість доплати пацієнтами за отримання більш якісної медичної допомоги; впроваджено пільги з оподаткування для осіб, які звертаються за отриманням медичних послуг до закладів недержавної форми власності; усім трастам вторинної ланки NHS надана управлінська та фінансова автономія [11].

Важливим аспектом медичної реформи є також удосконалення механізму фінансування догляду за перестарілими, що актуально в умовах росту питомої ваги непрацездатних у структурі населення країни.

Відповідно до норм The Health and Social Care Act 2012 передбачено запровадження механізму персонального бюджету здоров'я (personal health budget) для осіб, які потребують тривалого лікування. При

цьому пацієнтам надана можливість самостійно вести бюджет свого лікування (budget-holding), визначаючи обсяги й структуру медичних послуг. Втім така ініціатива викликає дискусії серед фахівців, оскільки значна частина людей, які потребують довготривалого догляду, не володіє належними знаннями та досвідом, щоб самостійно управляти коштами для забезпечення ефективності лікувального процесу [12].

Незважаючи на можливі позитивні наслідки від реалізації реформи NHS, вона була негативно сприйнята частиною британського суспільства та політикуму. На думку її противників, реформа зруйнує достатньо ефективну систему охорони здоров'я країни, яка, за експертними оцінками, функціонує значно краще, ніж охорона здоров'я у США, Канаді, Німеччині. Лібералізація процесу замовлення медичних послуг лікарями загальної практики і допущення до участі у тендерах приватних медичних закладів призведе до швидкого згорання мережі державних лікарень, які не володіють достатніми коштами і не зможуть витримати конкуренції [13]. З огляду на це, деякі фахівці називають проведення реформи першим кроком до приватизації NHS та відмови від державної моделі фінансування охорони здоров'я [14; 5, с. 199].

Сполучені Штати Америки не мають гарантованої державою системи загального страхування здоров'я. Усе тримається на системі приватного страхування. Значну роль у забезпеченні частини населення медичною допомогою відіграє некомерційне страхування, яке є державною програмою підтримки для окремих верств населення. Федеральний уряд гарантує медичне страхування лише для літніх і найбільш вразливих людей. Пенсіонери користуються коштами з фонду Medicare («Медична опіка»), а бідні – з фонду Medicaid («Медична допомога»). Усі інші американці повинні покладатися на надзвичайно складну систему приватних страховок, які оплачують або роботодавці, або самі зацікавлені, якщо вони ні від кого не залежать і працюють лише на себе [2, с. 126]. Як правило, роботодавець має план щодо страхування своїх працівників. Іноді він сплачує повну вартість страховки, але часто працівники також уносять певну грошову суму. Члени сім'ї працівника страхуються через страховку цього працівника. Якщо особа не є працівником або членом сім'ї працівника, страховка повинна бути придбана у приватному порядку. Якщо цього не зробити, людина не має права на отримання медичної допомоги. Лікарі та лікарні є також приватними, і вони є частиною цього бізнесу. Якщо вони не отримують платежів через страхування, вони потребують готівку, а якщо оплата не надходить, медичні послуги не надаються взагалі. Саме через це мільйони американців намагаються мати хоча б часткове страхування, яке хоча й не покриває коштів на перебування в лікарні, ліки, медичні процедури й операції, але все ж таки дає змогу отримати необхідний базовий набір медичних послуг.

Розглянувши організацію забезпечення охорони здоров'я в США, доречно зазначити, що основним недоліком цієї системи є велика вартість медичної допомоги. Витрати на душу населення в Сполучених Штатах становлять 7 290 USD на рік, що більше ніж у два рази перевищує середній показник серед індустріально розвинених держав. Проте високий рівень організаційно-правового забезпечення захисту прав пацієнтів, який виявляється в тому, що значного рівня розвитку набули надання адвокатських послуг у сфері медичного права та широка розповсюдженість інституцій, зайнятих захистом прав споживачів, особливе ставлення до літніх осіб, інвалідів та деяких інших категорій соціально не захищених верств населення, які не можуть отримати медичної допомоги, є безумовними перевагами в організації забезпечення охорони здоров'я в США [15]. Отже, досвід США свідчить, що запроваджувати приватне страхування в медичній сфері як основне джерело фінансування недоцільно, оскільки можливі серйозні фінансові диспропорції в охороні здоров'я [2, с. 126].

Підсумовуючи вищезазначене, можемо констатувати, що обидві розглянуті моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я (з одного боку, бюджетна модель Великобританії, базована на фінансуванні медичних послуг за рахунок бюджетних коштів, з іншого боку – ринкова модель США, основу якої складає слабо регульоване державою недержавне медичне страхування) в сучасних умовах виявились неспроможними забезпечити доступність і якість медичного обслуговування для усіх громадян. Зважаючи на це, найбільш раціональним для України, на наш погляд, є впровадження змішаної моделі фінансування охорони здоров'я, в основу якої буде покладено обов'язкове медичне страхування, а бюджетні кошти, благодійні пожертви тощо будуть додатковими джерелами ресурсів. Така модель довела свою ефективність у низці провідних країн світу, зокрема у Франції та Німеччині [5, с. 202].

Однак запозичення іноземного досвіду проведення медичної реформи має враховувати вітчизняну специфіку – рівень розвитку економіки, менталітет населення, традиції. Так, зважаючи на низький рівень податкової культури в країні й дію принципу «економічної людини» (приймаючи економічні рішення, людина діє як максимізатор власної корисності), основне навантаження зі сплати страхових внесків, на наш погляд, має бути покладене на найманих працівників. Це зменшить для роботодавців мотивацію до ухилення від сплати внесків і, водночас, сприятиме збільшенню відповідальності за рівень свого добробуту в самих працівників. Для уникнення негативного впливу додаткових фіскальних платежів на матеріальне становище працюючих доцільно ввести відповідні компенсаційні важелі, а саме: передбачити можливість вирахування внесків на обов'язкове медичне страхування з бази оподаткування податком на доходи фізичних осіб, а також забезпечити відповідне підвищення мінімальної зарплати на розмір страхових платежів [5, с. 203].

Поряд із запровадженням загальнообов'язкового медичного страхування необхідно зберегти масштаби бюджетного фінансування охорони здоров'я. За прикладом США, основна частина бюджетних коштів має спрямовуватись на медичне страхування непрацездатних, а також осіб з низькими доходами. Втім, розвиток медичних закладів, зміцнення їхньої матеріальної бази також доцільно фінансувати за рахунок бюджетних коштів. Додатковими джерелами покриття цих видатків можуть стати надходження від оподаткування ринкових благ, які негативно впливають на стан здоров'я людини (акцизи на алкогольні напої й тютюнові вироби, снеки, енергетичні напої), екологічні платежі та ін. Також варто розглянути можливість впровадження у вітчизняну практику поширеного в інших країнах інституту «співплатежів» за кожен факт звернення за медичною допомогою. На наш погляд, це дасть змогу детінізувати неофіційні платежі населення медичним працівникам, утримуватиме громадян від «дріб'язкових» звернень до медичних закладів, стимулюватиме їх дбайливіше ставитись до власного здоров'я і займатися профілактикою захворювань [5, с. 203].

Важливим пріоритетом медичної реформи в Україні має також стати формування конкурентних умов діяльності медичних закладів, регулювання вартості медичних послуг та підвищення якості медичного обслуговування населення.

Обсяги фінансування закладів охорони здоров'я повинні залежати від кількості пацієнтів й обсягу наданих їм медичних послуг. З цією метою мають бути розроблені єдині тарифи на оплату медичних послуг, що усуватиме цінову конкуренцію між лікарями, однак стимулюватиме їх до збільшення кількісних і якісних показників роботи. Доцільність такого цінового регулювання широко обґрунтована у наукових колах, а його ефективність доведена практикою проведення реформи охорони здоров'я у провідних розвинутих країнах світу [5, с. 203].

Висновки

Отже, від моделі фінансування медичного обслуговування залежить рівень регулювання та забезпечення рівного доступу населення до отримуваних послуг, їх якість, достатність і належність. Виокремити єдину найпрогресивнішу з вищенаведених не доцільно, оскільки в більшості випадків означені країни застосовують дуалізм окремих положень кожної з наявних моделей, щоб на практиці досягнути максимального результату.

Підтримуємо позицію науковців у тому, що в Україні надання медичних послуг перебуває на низькому рівні порівняно з усіма без винятку країнами-учасницями ЄС, Північної Америки та більшістю країн-сусідів, і тому наші громадяни вимушені користуватися послугами «медичного туризму» – через недосконалість інституційних положень вітчизняної системи охорони здоров'я. Відповідно впровадження ефективного досвіду надання медичних послуг відіграє одну з ключових ролей у побудові якісної системи охорони здоров'я [16, с. 11].

Натомість, для реформування охорони здоров'я в Україні та підвищення якості надання медичних послуг слід орієнтуватись на досвід передових країн, використовуючи його в обраній моделі фінансування аналізованої галузі, з урахуванням політичних, економічних, соціальних та екологічних показників і спроможностей нашої країни. Зокрема, участь громадськості в розробленні та реалізації державної політики сфери надання медичних послуг має бути найпріоритетнішим аспектом розбудови системи охорони здоров'я.

Список використаних джерел

1. Ситенко О.Р., Смірнова Т.М. *Формування державної політики з охорони здоров'я в Україні*. URL : http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/VSG_2014_2_5.pdf.
2. Гомон Д.О. *Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров'я*. Науковий вісник Херсонського державного університету. 2016. Вип. 4. Т. 1. С. 123–126.
3. Горин В. П. *Формування фінансових ресурсів охорони здоров'я в контексті виконання критеріїв економічної безпеки*. Наукові записки. Серія «Економіка». Острог: Вид-во НУ «Острозька академія», 2013. Вип. 23. С. 216–221.
4. 4 . *Розподіл домогосподарств за рівнем доступності медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2012 році*. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2007/gdn/sns/arh_sns.html.
5. Горин В. *Фінансові аспекти реформування охорони здоров'я у зарубіжних державах: висновки для України*. Світ фінансів. 2014. № 1. С. 195–204.
6. *Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років*. Відомості із сайту МОЗ. 2015. URL: <http://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf>.
7. Шекера О.Г. *Міжнародний досвід організації медичної допомоги*. Відомості із сайту «ЗДОРОВ'Я СУСПІЛЬСТВА». URL: http://healthysociety.com.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=198:2011-06-15-11-11-48&catid=36:2011-04-19-08-30-45&Itemid=58.

8. *Financing British health care. The Economist. 2005. August, 18. URL: <http://www.economist.com>.*
9. Тэннер М. Сравнительный анализ систем здравоохранения в разных странах. Островок здоровья URL: http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/m_03_A.html.
10. *10 A decade of austerity? The funding pressures facing the NHS from 2010/11 to 2021/22: Research summary / A. Roberts, L. Marshall, A. Charlesworth. London: The Nuffield Trust, 2012. 16 p.*
11. Bourne R. *NHS Liberation. Socialist health association. 2013. 11 november. URL: <http://www.sohealth.co.uk/2013/11/11/nhs-liberation/>.*
12. *Are personal budgets really the best way to personalise health care? URL: <http://www.kingsfund.org.uk/blog/2011/11/are-personal-budgets-really-bestway-personalise-health-care>.*
13. Кокиаров А. Поздно поворачивать обратно. Эксперт. 2012. № 6(789) URL: <http://expert.ru/expert/2012/06/pozdno-povorachivat-obratno/>.
14. Хелм Т., Кэмпбэл Д. Врачи протестуют против «тихой» приватизации здравоохранения Великобритании. INFOфорум. 2013. – 8 мая URL: http://www.inoforum.ru/inostrannaya_pressa/vrachi_protestuyut_protiv_tihoj_privatizacii_sistemy_zdravoohraneniya_velikobritanii/.
15. Стеценко В.Ю. Організаційно-правове забезпечення медичного страхування у США URL: http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/pp_2013_4_6.pdf.
16. Маркіна А.А. Адміністративно-правове регулювання надання медичних послуг в Україні. Автореф. дис.. канд. юрид. наук за спец. 12.00.07. – адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право. Науково-дослідний інститут публічного права, Київ, 2018. С. 22.